

Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему, короткі повідомлення, замітки з практики

нульового або негативного діастолічного компонента, у них переважають гемодинамічні порушення ІБ, II і III стадій.

Призначення, з метою покращання кровотоку, традиційних пролонгованих курсів лікування чинить вплив на стан гемодинаміки ФПК, проте нормалізація показників судинного опору при цьому настає не раніше 14-16-го дня з початку лікування. Включення інфузій актовегіну, інстенону та сеансів ГБО до терапії функціональних

плацентарних порушень дозволяє швидко нормалізувати кровообіг в судинах ФПК та скоротити термін медикаментозної терапії, що сприятливо для стану як вагітної, так і плода.

Перспективи подальших досліджень. Ширше впровадження запропонованих методів лікування гемодинамічних порушень фетоплацентарного комплексу у вагітних жінок з аліментарно-конституційним ожирінням дозволить покращити стан вагітної та плода.

ЛІТЕРАТУРА

1. Вейн А.М., Вознесенская Т.Г. Ожирение // Международный медицинский журнал.- 2000. - № 1. - С. 90-93.
2. Луценко Н.С. Акушерские аспекты ожирения.- Запорожье: Просвіта, 2000. - 160 с.
3. Мерцалова О.В. Допплерометрична оцінка кровообігу у системі мати-плацента-плід у діагностиці гіпоксичних уражень ЦНС плода у вагітних високого ризику // Український радіологічний журнал. -2000. - № 8. - С. 142-145.
4. Стрижаков А.Н., Тимохина Т.Ф., Баев О.Р. Фетоплацентарная недостаточность: патогенез, диагностика и лечение// Вопросы гин., акуш. и перинатоло-

гии. - 2003.- № 2.- С. 53-64.

5. Чернуха Е.А. Ведение беременности у женщин с ожирением. // Акуш. и гин..- 1990.- №3.- С.8-11.

6. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. - М.: Триада, 1999. - 816 с.

7. Bray G.A. Etiology and pathogenesis of obesity // Clin. Cornerstone. -1999. - № 2. - P. 1-15.

8. Maulik D. Biosafety of diagnostic Doppler ultrasonography // Doppler Ultrasound in Obstetrics and Gynecology. N.Y.: Springer-Verlag, 1997.

9. Wernert S., Kurjak A. Color Doppler Sonography in Gynecology and Obstetrics: Thieme, 2005.- 405 p.

TREATMENT OF HEMODYNAMIC DISTURBANCES OF FETOPLACENTAL COMPLEX, WHICH ARISED AT PREGNANT WOMEN WITH ALIMENTARY CONSTITUTIONAL OBESITY

©R.A. Safonov

Kharkiv State Medical University Kharkiv Regional Clinical Hospital

SUMMARY. The condition of utero-placental and fetoplacental hemodynamics of 100 pregnant women with alimentary constitutional obesity was determined It was demonstrated, that inclusion of Actovegin and Instenon infusions and hyperbaric oxygenation sessions to the therapy of placental disturbances allows to normalize blood circulation in utero-placental vessels. It also promotes the reduction of medical treatment terms which is optimum both for the pregnant woman and fetus condition.

KEY WORDS: pregnancy, alimentary constitutional obesity, Doppler Sonography, utero-placental and fetoplacental hemodynamics, Actovegin, Instenon, hyperbaric oxygenation.

УДК 618,177;616.441] - 08.

РЕПРОДУКТИВНА ФУНКЦІЯ ЖІНОК З ПАТОЛОГІЄЮ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ, ЯКИХ ЛІКУЮТЬ ЗА ПРОГРАМОЮ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

©О.М. Юзько, А.Д. Вітюк, Т.А. Юзько

Національна академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика

РЕЗЮМЕ. Розглянуто проблему патології щитоподібної залози в програмі допоміжних репродуктивних технологій при жіночому безплідді. Обґрунтовано необхідність проведення скринінгу тиреоїдної функції цієї залози при обстеженні пацієнток.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: безпліддя, допоміжні репродуктивні технології, дифузний нетоксичний зоб, гіпотиреоз, антитиреоїдні антитіла.

Вступ. В Україні частота безплідного шлюбу серед подружніх пар репродуктивного віку становить 10-15 %, а в окремих регіонах цей показник наближається до 20 %. У нашій державі проживає 12,3 млн жінок репродуктивного віку, з них близько 1 млн - безплідні [1]. Ефективність застосування запліднення *in vitro* з перенесенням ембріонів у порожнину матки (ЗІВ/ПЕ) визначається за частотою виникнення вагітності з розрахунку на кількість пацієнток, пункцій фолікулів та перенесення ембріонів. Відомо, що в одному менструальному циклі у жінки овулюють 1-2 яйцеклітини і фертильність є низькою, в цілому вагітність, що закінчується пологами, настає не більше ніж у 30-35 % випадків [2].

У жінок захворювання щитоподібної залози зустрічаються в 10-17 разів частіше, ніж у чоловіків, прогресують у репродуктивному віці та при відсутності лікування призводять до ускладнень [3]. Гормони щитоподібної залози (тироксин- T_4 , трийодтиронін- T_3) необхідні для нормального функціонування майже всіх органів та систем організму. Вони регулюють процеси розвитку, дозрівання та відновлення тканин і мають важливе значення для закладки і розвитку головного мозку плода, формування інтелекту дитини, росту і дозрівання скелета, статеві системи, впливають на статевий розвиток, менструальну функцію та фертильність [4]. Діагностика початкових стадій та субклінічних форм тиреоїдної недостатності складна, оскільки в основному має стертий характер клінічних проявів та не є специфічною. Багатогранність даного питання змушує раціонально підходити до визначення обсягу дослідження у пацієнток з патологією щитоподібної залози, порушенням у репродуктивній сфері й вибору адекватних схем корекції та лікування.

Мета дослідження. Провести аналіз стану щитоподібної залози у жінок з безпліддям, які готуються до лікування в програмах допоміжних репродуктивних технологій.

Матеріали і методи дослідження. Обстежено 70 жінок з різними формами безпліддя віком 22-40 років. Перша група - 15 жінок з ознаками субклінічного гіпотиреозу (сухість шкіри, втомлюваність, сонливість, ламкість нігтів, випадання волосся), друга - 40 пацієнток з дифузним нетоксичним зобом. До третьої групи ввійшли 25 пацієнток з безпліддям іншого генезу.

Функціональний стан гіпофізарно-яєчникової системи вивчали за допомогою гормональних, біохімічних, ультразвукових, рентгенологіч-

них та ендоскопічних методів досліджень.

Рівень гормонів у сироватці крові, зокрема, тиреотропного гормону (ТТГ), трийодтироніну (T_3), тироксину (T_4), вільного трийодтироніну (fT_3), вільного тироксину (fT_4), фолікулостимулюючого гормону (ФСГ), лютеїнізуючого гормону (ЛГ), естрадіолу (Е), прогестерону (П), пролактину (Прл), антитіл до тиреоїдної пероксидази (АТ-ТПО), антитіл до тиреоглобуліну (АТ-ТГ), досліджували імуноферментним методом на аналізаторі "Уніплан" за допомогою тест-системи "Хема-медіка" (Росія).

Усім жінкам проводили трансабдомінальну та трансвагінальну ехографію органів малого таза (конвексні датчики 3-5МГц; 5-9МГц) з використанням УЗ - системи HAWK 2102 EXL В-K medical (Німеччина).

Розміри щитоподібної залози та її структуру оцінювали за допомогою цифрової УЗ системи експертного класу ALOKA SSD-110 (Німеччина), лінійний датчик 9-12МГц.

Для виключення органічних уражень гіпофіза у деяких пацієнток проводили комп'ютерну томографію головного мозку та краніограму турецького сідла (КТГ - "Simens", Німеччина).

Ендоскопічне дослідження органів малого таза (гістеро- та лапароскопію)

виконували за допомогою лапароскопа "Karl-Storz".

Десенситизація гіпофіза досягалась щоденним підшкірним введенням 0,1 мг агоніста ГнРГ (декапептил 0,1 мг) з 21-23 днів менструального циклу (залежно від тривалості менструального циклу) до дня введення овуляторної дози хоріонічного гонадотропіну (ХГ).

Стимуляцію суперовуляції проводили з 2-3-го дня менструального циклу препаратами людського менопаузального гонадотропіну (менопур) по 2-4 ампули, що становить 150-300 МО ФСГ+150- 300 МО Лг та, рекомбінантного ФСГ (пурегон) - 200-400 МО ФСГ. Дозу лМГ визначали індивідуально залежно від даних ультразвукового та гормонального моніторингу. Стимуляцію проводили до досягнення фолікулами діаметра 18-21 мм, товщини ендометрія 10 мм та при рівні Е2 більше 1000 пмоль/л на кожний фолікул діаметром понад 15 мм. Досягнення цих показників було підставою для введення овуляторної дози препаратів лХГ (5000-10000 МО) залежно від кількості та розмірів фолікулів, а також рівня Е2 у сироватці крові. Пункцію фолікулів проводили через 35-36 год після введення препаратів лХГ. Перенесення ембріонів (ПЕ) в порожнину матки здійснювали на 3-тю або 5-ту добу після пункції.

Таблиця 1. Вміст ТТГ, Т₃, Т₄, Е₂ в сироватці крові при стимуляції суперовуляції

Показники	Вихідний			День пункції			День очікуваної менструації (тест на вагітність)		
	I група	II група	III група	I група	II група	III група	I група	II група	III група
ТТГ мМО/л	1,9± 0,2	2,0± 0,3	2,1± 0,2	2,9± 0,3	2,8±0,2	2,83±0,3	2,7±0,4	3,1±0,5	3,2±0,5
Т ₃ Нмоль/л	1,6± 0,2	1,7±0,3	1,73± 0,3	1,9± 0,2	1,9±0,2	1,93±0,2	2,0±0,2	1,9±0,2	1,93±0, 2
Т ₄ Нмоль/л	108,0 ±6,5	109,1± 7,1	109,2± 6,9	128,1± 7,2	131,2± 7,1	131,3± 7,2	141,2± 7,3	153,3±7,6	150,0± 7,4
Е ₂ ПГ/мг	78,±4 ,2	79,5± 4,1	79,2± 4,2	2510,6 ±390,4	2002,8± 310,7	2004,3± 325,4	2498,7± 375,4	2076,4± 327,5	2079,5± 329,5

Функціональний стан тиреоїдної системи оцінювали за рівнем тиреотропного гормону (ТТГ), трийодтироніну (Т₃) та тироксину (Т₄) у сироватці крові при проведенні первинного гормонального обстеження в першу фазу менструального циклу (2-7-й дні циклу), а потім після закінчення стимуляції - в день пункції фолікулів, а також через 14-16 днів - у день визначення вагітності.

Результати й обговорення. Після ретельного вивчення анамнезу, соматичного статусу, проведення клініко-лабораторних та функціональних досліджень було отримано такі результати.

У 35 із 70 хворих виявлено запальні захворювання геніталій (хронічні сальпінгоофорити). Нормальний менструальний цикл встановлено у 2 жінок першої групи, 21 - другої, 14 - третьої; аменорею, відповідно, у 6, 13, 10; олігоменорею у 2, 8, 6; менорагію у 1, 6, 4. У 6 із 70 жінок діагностовано вторинну гіперпролактинемію.

Проаналізувавши стан захворюваності в дитячому й підлітковому віці (скарлатина, краснуха, кір, епідемічний паротит, вітряна віспа), було виявлено, що кожна п'ята пацієнтка мала супутню соматичну патологію.

При вивченні репродуктивного анамнезу жінок вагітність ускладнилась самовільним викиднем: у терміні до 7 тижнів вагітності - у 27; 8-9 тижнів - у 9; 17-21 тиждень - у 4 жінок.

Безпліддя трубного генезу виявлено у 30 жінок, ендометріоз - 14, СПКЯ - 12, іншого генезу - 14.

Отримані результати (табл. 1) свідчать про те, що рівень ТТГ вірогідно підвищувався в усіх групах у день пункції фолікулів та залишався на такому рівні через 2 тижні після ембріотрансферу. Можливо, зростання рівня ТТГ у крові пацієнток пов'язане з прямою дією препаратів, які використовуються в програмі запліднення in vitro на центральні механізми регуляції ТТГ у гіпофізі.

Рівень Т₃ вірогідно підвищувався в 1-й групі в день пункції фолікулів і далі на 14-й день, при позитивному тесті на визначення вагітності, після ембріотрансферу. У другій та третій групах рівень Т₃ вірогідно не змінювався. Рівень Т₄ підвищувався в усіх групах на 14-й день після ембріотрансферу. Зростання рівня Т₄ може бути пов'язане з підвищеною секрецією ТТГ. Вірогідно також, що естрогени опосередковано через підвищення синтезу в печінці тироксинзв'язуючого гормону (ТЗГ) можуть підвищувати рівень загального Т₄. Дані щодо дослідження Е₂ в крові у пацієнток свідчать про те, що рівень цього гормону вірогідно зростав в усіх групах. Можливо, це пов'язано з механізмом стимуляції суперовуляції. У свою чергу, високий рівень Е₂ призводить до підвищення рівня Т₄.

У даному дослідженні проводили визначення наявності антитіл до щитоподібної залози у 70 пацієнток: виявлені антитіла до тиреоїдної пероксидази (АТ-ТПО) - у 24, антитіла до тиреоглобуліну (АТ-ТГ) - у 31. Носійство антитіл щитоподібної залози та стимуляція суперовуляції - фактори, що сприяють зниженню функціональної відповіді залози, яка необхідна для адекватного розвитку індукованої вагітності.

Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему, короткі повідомлення, замітки з практики

Вони є ранніми маркерами ризику несприятливого розвитку вагітності після застосування ДРТ.

Висновок. Стимуляція суперовуляції у пацієнток з безплідністю в програмі запліднення in vitro потребує контролю функціонального ста-

ну тиреоїдної системи незалежно від вихідного стану останньої.

Перспективи подальших досліджень. Підвищити ефективність допоміжних репродуктивних технологій після корекції функції щитоподібної залози.

ЛІТЕРАТУРА

1. Іркина Т.К. Проблема безпліддя в Україні // Нова медицина. - 2002. - № 4 - с. 20.
2. Мельниченко Г.А., Фадеев В.В., Дедов И.И. Заболевания щитовидной железы во время беременности. Диагностика, лечение, профилактика. Пособие для врачей. - М.: Медэксперт. Прес., 2003. - с. 48.
3. Redmond G.P. Thyroid dysfunction and women's reproductive health // Thyroid. - 2004. - 14 (Suppl. 1) | P. 5-15.
4. Іванюта Л.І., Іванюта С.О. Поетапна діагностика та лікування безплідності в шлюбі // Нова медицина.

- 2002. - № 4. - с. 28-30.

5. Кулаков В.И., Леонов Б.В. Экстракорпоральное оплодотворение и его новые направления в лечении женского и мужского бесплодия (теоретические и практические подходы): Руководство для врачей - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: Мед. информ. агенство, 2004. - 782 с.

6. Poppe K, Velkemers B. Female infertility and the thyroid. // Best Pract.

Res. Clin. Endocrinol. Metab. 2004. - 18, № 2. - P. 153-165.

REPRODUCTIVE FUNCTION OF WOMEN WITH THYROID GLAND PATHOLOGY WHO UNDERGO THE TREATMENT ACCORDING TO PROGRAMME OF AUXILIARY REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES

©O.M Yuzko, A.D Vityuk, T.A. Yuzko

National Academy of Post-Graduate Education by P.L. Shupyk

SUMMARY. The problem of diagnostics of thyroid gland pathology in the programme of in vitro fertilization has been represented in the article. It is necessary to carry out the diagnostics of thyroid gland function in women with infertility. KEY WORDS: infertility, auxiliary reproductive technologies, diffuse nontoxic goiter, hypothyroidism, anti-thyroid antibodies.

УДК: 618.14 - 006.36+616 - 053.7/.84

ДО ПИТАННЯ ПРО РЕАБІЛІТАЦІЮ РЕПРОДУКТИВНОЇ ФУНКЦІЇ ЖІНОК З ЛЕЙОМІОМОЮ МАТКИ ВПРОДОВЖ ПЕРШОГО РОКУ ПІСЛЯ ПОЛОГІВ

©Г.Є Яремко., І.А Жабченко., А.Г., Коломійцева Л.В. Діденко., Н.Я., Скрипченко., О.М Бондаренко., О.І. Буткова., С.Ю. Сай, Т.С Черненко.

Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України. Київ

РЕЗЮМЕ. За допомогою ультразвукового дослідження у 95 жінок вивчені процеси інволюції лейоматозних вузлів через 3, 6 та 12 міс. після пологів залежно від проведеного комплексу лікувально-профілактичних заходів. Отримані дані свідчать про те, що запропонований комплекс сприяв зменшенню об'єму пухлини у 65,4 % обстежених, при цьому у 73 % жінок лактація зберігалась більше 6 міс. КЛЮЧОВІ СЛОВА: лейоміома матки, ультразвукове дослідження, лактація.

Вступ. Післяпологовий період є фізіологічним для жінки і триває 6-8 тижнів. В цей час в організмі породілей відбуваються складні процеси зворотного розвитку матки, лактопоезу.

У жінок з лейоміомою матки (ЛМ) цей період є найменш вивченим, хоча інволюційні процеси в матці, а також гормональна перебудова орган-

ізму в цей період, можуть сприяти обмеженню росту лейоматозних вузлів (ЛВ) [1].

Питанню про вплив вагітності, пологів та грудного вигодовування на стан вузлів у жінок з лейоміомою матки в літературі приділяється недостатньо уваги. Разом з тим рання діагностика пухлин, консервативне лікування та засто-